



# Anévrisme de l'artère splénique révélé par des hémorragies digestives

## *Splenic artery aneurysm revealed by digestive bleeding*

Hanane Bendada<sup>1</sup>, Wafaa Hliwa<sup>1</sup>, Mohamed Tahiri<sup>1</sup>, Fouad Haddad<sup>1</sup>,  
Ahmed Bellabah<sup>1</sup>, Wafaa Badre<sup>1</sup>, Khalid El Hattabi<sup>2</sup>, Najib Zerouali<sup>2</sup>

1. Service d'hépatogastro-entérologie

2. Service des urgences viscérales

CHU Ibn Rochd, Casablanca, Maroc

hananebendada@hotmail.fr

### Résumé

**Introduction :** Les anévrismes de l'artère splénique sont les plus fréquents des anévrismes des artères viscérales et sont le plus souvent asymptomatiques. Un anévrisme de l'artère splénique fistulisé dans l'estomac est une cause rare mais potentiellement grave d'hémorragies digestives.

**Observation :** Nous rapportons le cas d'un patient de 60 ans, qui a été admis pour des hématémèses, mélèna et rectorragies, sans pouvoir déterminer l'origine du saignement à la fibroscopie digestive haute, puis son tableau s'est compliqué d'un abdomen aigu avec un état de choc. Le diagnostic d'un anévrisme de l'artère splénique, fistulisé en intragastrique et rompu dans l'abdomen a été révélé à la TDM abdominale. Le traitement était chirurgical avec bonne évolution.

**Conclusion :** Bien que rare, devant la possibilité d'une hémostase spontanée retardant le diagnostic et devant l'engagement du pronostic vital, un anévrisme de l'artère splénique, fistulisé dans la lumière digestive doit être recherché en cas de saignement gastro-intestinal d'origine inconnue.

### Mots-clés

Anévrisme ; Artère splénique ; Hémorragies digestives ; Diagnostic

### Abstract

**Introduction:** Splenic artery aneurysm is the most common visceral artery aneurysms and is often asymptomatic. A splenic artery aneurysm fistulized in the stomach is a rare but serious cause of gastrointestinal bleeding.

**Observation:** We report the case of a 60 year-old male patient, who was admitted for upper and lower gastrointestinal bleeding. Upper gastrointestinal endoscopy was not useful for the diagnosis. The patient presented with an acute abdomen and hemodynamic shock. A splenic artery aneurysm fistulized in the stomach with abdominal rupture was diagnosed by CT scan of the abdomen. The treatment was surgical with a good outcome.

**Conclusion:** Although rare, considering the possibility of spontaneous hemostasis delaying diagnosis and in front of this life-threatening condition, a splenic artery aneurysm fistulized in the lumen of the gastrointestinal tract must be searched in case of gastrointestinal bleeding of unknown origin.

### Keywords

Aneurysm; Splenic artery; Gastrointestinal bleeding; Diagnosis



## Introduction

Les anévrismes de l'artère splénique constituent 60 % des anévrismes des artères digestives et surviennent avec prédilection dans la cinquième décade [1,2]. Ils sont généralement asymptomatiques, diagnostiqués de plus en plus à l'imagerie [3] ou le plus souvent, en post-mortem [4]. Leur rupture est une complication potentiellement grave : elle se fait le plus souvent dans la grande cavité péritonéale, beaucoup moins fréquemment dans le tube digestif [5]. Cette rupture au niveau du tube digestif constitue une étiologie rare d'hémorragie digestive dont le diagnostic reste difficile [2,6,7].

Le but de ce travail est de faire le point sur cette cause inhabituelle d'hémorragie digestive à travers une nouvelle observation d'anévrisme de l'artère splénique, fistulisé en intragastrique puis rompu dans l'abdomen.

## Observation

Il s'agit d'un patient âgé de 60 ans, sans antécédents pathologiques particuliers, notamment sans notion de prise d'anti-inflammatoires non stéroïdiens ou d'aspirine, admis initialement au service de gastro-entérologie en février 2012 pour un épisode d'hématémèses de faible abondance qui remontait à deux jours avant son hospitalisation sans retentissement hémodynamique.

L'endoscopie digestive haute avait objectivé un aspect d'œsophagite non sévère, de pangastrite et une bulbite érosive ulcérée avec absence de sang dans l'estomac. Les biopsies gastriques avaient montré une gastrite à *Helicobacter pylori*. Le patient avait été mis sous traitement d'éradication d'*Helicobacter pylori*.

Un mois plus tard, il était hospitalisé dans le cadre de l'urgence pour des hématémèses, méléna et rectorragies de grande abondance.

L'examen clinique objectivait une tachycardie à 100 battements/minute, une tension artérielle à 100/70 mmHg, un syndrome anémique, sans hépatomégalie ni splénomégalie ni signes d'hypertension portale.

Le bilan biologique avait montré une anémie normochrome microcytaire à 7 g/dl.

Après mise en condition et transfusion sanguine, l'endoscopie digestive haute a mis en évidence un aspect d'œsophagite non sévère, et un aspect moucheté du bulbe, n'expliquant pas le saignement avec absence de sang dans la cavité gastrique. Ainsi, la décision était de mettre le patient sous traitement à base d'inhibiteurs de pompes à protons et de compléter le bilan digestif par une coloscopie.

Le lendemain de son hospitalisation, le patient a présenté suite à un traumatisme abdominal mineur un état de choc hémorragique avec des hématémèses et des rectorragies de grande abondance. L'examen clinique a montré un syndrome d'épanchement péritonéal et une défense abdominale.

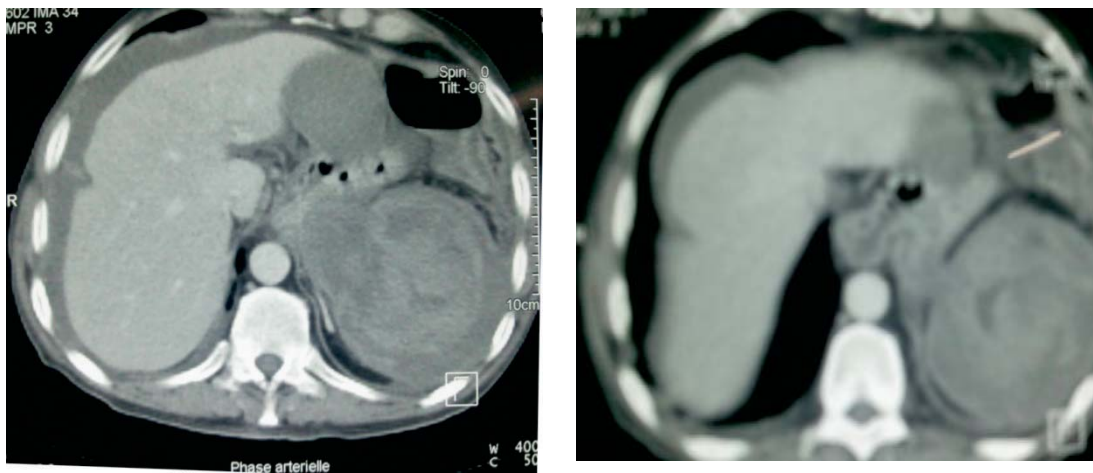
L'abdomen sans préparation était sans particularité.

Une TDM abdominale réalisée en urgence a objectivé un hémopéritoine d'assez grande abondance avec multiples hématomes collectés, et un hématome sous capsulaire splénique dus à la rupture d'un anévrisme de l'artère splénique (Fig. 1).

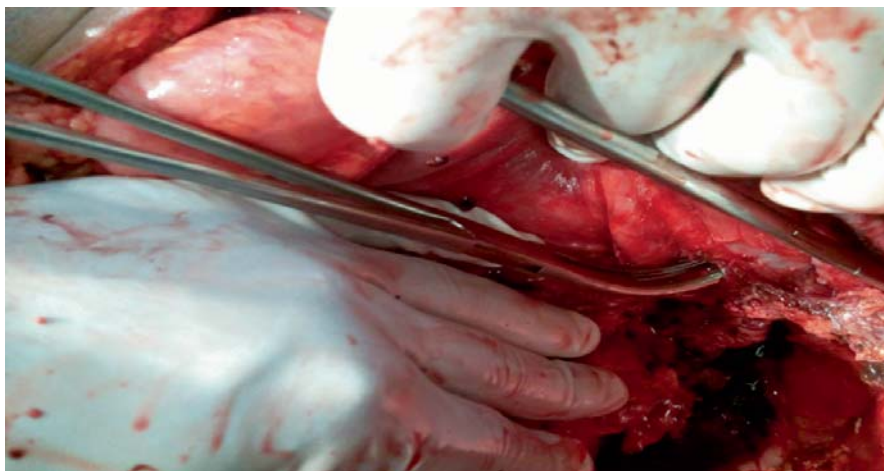
Après mise en condition, le patient a été opéré en urgence au service des urgences viscérales. L'exploration peropératoire a objectivé un hémopéritoine de grande abondance, une fracture éclatement de la rate, la présence d'un faux anévrisme de l'artère splénique fistulisé en intra-gastrique avec multiples hématomes intra-gastriques (Fig. 2). Le geste a consisté en une splénectomie d'hémostase (Fig. 3), suture des berges de la fistule, résection du faux anévrisme, évacuation des hématomes, et drainage sous phrénique gauche.

Ainsi, le diagnostic d'anévrisme de l'artère splénique fistulisé dans l'estomac était retenu comme origine des hémorragies digestives après avoir été rompu dans l'abdomen.

Les suites post-opératoires étaient marquées par un séjour en milieu de réanimation pendant 5 jours, sans complications, avec un recul d'un an.



**Figure 1**  
*Coupes scannographiques montrant un hémopéritoine avec multiples hématomes collectés dus à la rupture d'un anévrisme de l'artère splénique*



**Figure 2**  
*Laparotomie : l'exploration peropératoire montre la présence d'un faux anévrisme de l'artère splénique, fistulisé en intra-gastrique*



**Figure 3**  
*Pièce opératoire de la splénectomie emportant l'anévrisme*



## Discussion

Les anévrismes de l'artère splénique (AAS) sont rares mais sont les plus fréquents des anévrismes des artères digestives : 15 cas sur une série de 31 anévrismes des artères viscérales de Carmeci [1].

Ils sont deux à trois fois plus fréquents chez la femme et s'observent souvent entre la troisième et la sixième décennie de la vie [8].

On distingue les anévrismes vrais dont l'étiologie est essentiellement dysplasique, athéromateuse, congénitale ou infectieuse, des faux anévrismes qui se distinguent par l'interruption d'une ou plusieurs couches de la paroi artérielle, ce qui accroît leur fragilité et le risque de complication et de rupture anévrysmale et qui ont pour étiologies des traumatismes, des pancréatites, ou une infection intra-abdominale [4].

Les AAS sont le plus souvent asymptomatiques et de découverte radiologique. Leur rupture est une complication grave dont la fréquence est estimée entre 3 à 10 % des cas, avec une mortalité comprise entre 25 et 50 % [1]. Cette rupture se fait dans la cavité péritonéale, ou dans la lumière des viscères intra-abdominaux [1].

La rupture dans l'estomac, comme c'est le cas chez notre patient, est responsable d'une hémorragie digestive massive ou minime à travers un pertuis étroit, et une hémostase spontanée primaire peut survenir, suivie de rechutes [8]. Cette possibilité d'hémorragie minime à travers un petit pertuis et d'une hémostase spontanée explique dans notre cas rapporté l'absence du sang à l'endoscopie digestive haute, et qui était à l'origine du retard diagnostique.

L'endoscopie œso-gastro-duodénale peut permettre de localiser le lieu du saignement; mais elle ne peut en affirmer la cause. En l'absence d'un saignement actif, la mise en évidence d'une ulcération punctiforme de la paroi gastroduodénale, qui correspond à l'érosion pariétale due à l'anévrysme, est difficile [8, 9]. Cependant, en cas de rupture massive, le diagnostic est le plus souvent fait à la laparotomie ou à l'autopsie [10].

Chez notre patient, la mise en évidence de cette érosion pariétale n'était pas possible à l'endoscopie digestive haute, source d'un retard diagnostique. Celui-ci n'a été posé qu'après la rupture massive dans la grande cavité péritonéale responsable d'un état de choc suite à un traumatisme abdominal mineur.

L'examen scanographique avec acquisition spiralée paraît être le meilleur examen d'orientation à mettre en œuvre après l'endoscopie [6, 8]. Il permet de préciser la taille de l'anévrysme, son siège et de mettre en évidence la complication [10]. L'AAS intéresse le tiers distal de l'artère splénique dans 66 % des cas, mais peut siéger sur le tiers proximal, moyen ou sur une branche intrasplénique [10]. L'angio-IRM peut être une alternative non invasive à l'angioscanner, mais son délai de réalisation est plus long retardant ainsi la prise en charge thérapeutique [10]. L'angiographie coéliomésentérique donne d'excellents détails anatomiques. Elle trouve son intérêt dans le choix de la méthode thérapeutique [10].

La prise en charge des AAS n'est pas consensuelle. L'embolisation est le traitement de choix des anévrismes de l'artère splénique. L'attitude chirurgicale est à envisager en cas d'échec d'embolisation ou de rupture avec hémorragie active. Elle diffère selon le siège de l'anévrysme : résection-anastomose dans le tiers proximal, exclusion par ligature dans le tiers moyen et splénectomie emportant l'anévrysme dans le tiers distal [8,10].

## Conclusion

Les anévrismes de l'artère splénique restent une pathologie rare, le plus souvent asymptomatique. Leur rupture dans la lumière digestive est une situation critique, de diagnostic difficile, à laquelle il faut penser devant un saignement gastro-intestinal d'origine inconnue. L'angioscanner et l'angiographie coéliomésentérique sont d'un grand apport diagnostique et thérapeutique. Cette situation est d'évolution incertaine. Le pronostic dépend de la rapidité de la prise en charge.



## Références

1. Abbas MA, Stone WM, Fowl RJ, et al. Splenic Artery Aneurysm: two decades experience at Mayo Clinic. *Ann Vasc Surg* 2002;16:442-9.
2. Evans HM, Sharif K, Brown RM, Platt C, Crisp WJ, Kelly DA. Fatal and life threatening rupture of splenic artery aneurysm in children with portal hypertension. *Pediatr Transplant* 2004;8:192-5.
3. Kenningham R, Hershman MJ, Mc Williams RG, Campbell F. Incidental splenic artery aneurysm. *R Soc Med* 2002;95:460-1.
4. Maillard M, Novellas S, Baudin G, et al. Anévrisme de l'artère splénique: diagnostic et thérapeutique endovasculaire. *J Radiol* 2010;91:1103-11.
5. Tomasz Wierzbicki, Jacek Szmeja, Maciej Borejsza-Wysocki, et al. Massive bleeding from upper gastrointestinal tract as a symptom of rupture of splenic artery aneurysm to stomach. *Med Sci Monit* 2012; 18(2): CS8-11
6. Shahani RB, Bijlani RS, Dalvi AN, Shah HK, Samsi AB. Massive upper gastrointestinal haemorrhage due to direct visceral erosion of splenic artery aneurysm. *J Postgrad Med* 1994;40:220-2.
7. Wagner WH, Allins AD, Treiman RL, et al. Ruptured Visceral Artery Aneurysms. *Ann chir vasc* 1997; 11: 342-7.
8. Quandalle P, Gambiez L, Brami F, Ghisbain H, André JM, Zahredine A. Hémorragie digestive par rupture d'anévrisme des artères digestives. *Chirurgie* 1998;123:139-47.
9. Guidroz AD, Sridhar S, Reddy V, et al. Acute severe upper gastrointestinal bleeding from erosion of the splenic artery aneurysm: a case report. *Am J Gastro* 2003;98:137-8.
10. Sbihi L, Dafiri R. Cause rare d'hématémèse chez l'enfant : la rupture d'anévrisme de l'artère splénique. *J Radiol* 2009;90:315-7.

**Liens d'intérêt : aucun**